UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1949-50 — N° 47

LA LUTTE ANTICANCÉREUSE DANS L'ARMÉE

en France et en Afrique du Nord

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1950

par

FOURNIER HENRI

né le 20 Janvier 1924, à Relizane (Oran)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon

JURY :

MM. MONTPELLIER, Professeur d'Anatomie Pathologique et d'Oncologie humaine et comparée ..... **Président.**

PORTES, Professeur de Physique Médicale .....
DUBOUCHER, Professeur de Pathologie chirurgicale ..... } **Juges.**
LAFFARGUE, Agrégé (Anatomie pathologique) .....

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542710_0068

La Lutte Anticancéreuse

dans l'Armée

en France et en Afrique du Nord

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1949-50 — N° 47

LA LUTTE ANTICANCÉREUSE DANS L'ARMÉE

en France et en Afrique du Nord

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1950

par

FOURNIER HENRI

né le 20 Janvier 1924, à Relizane (Oran)

JURY :

MM. MONTPELLIER, Professeur d'Anatomie Pathologique et d'Oncologie humaine et comparée ..... **Président.**

PORTES, Professeur de Physique Médicale .....
DUBOUCHER, Professeur de Pathologie chirurgicale ..... } **Juges.**
LAFFARGUE, Agrégé (Anatomie pathologique) .....

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. SARROUY
Doyens honoraires	LEBLANC
	GILLOT I.
	LAFFONT O. I. O.S.
	LEBON C. I.
Assesseur	GIBERTON I.

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY O. I.
Clinique des maladies infectieuses	BENHAMOU C. I.
Histologie et embryologie	KEHL A.
Chimie biologique et médicale	GIBERTON I.
Matière médicale	FOURMENT I. M.A.
Clinique obstétricale et gynécologique	LAFFONT O. I. O.S.
Clinique thérapeutique médicale	LEBON C. I.
Physiologie	MALMEJAC I.
Anat. patho. et oncolo. hum. et comp.	MONTPELLIER I.
Physique médicale	PORTES O. I.
Clinique de dermato-syphiligraphie	HADIDA
Anatomie	DE RIBET I.
Clinique médicale et hygiène infantile	SARROUY
Clinique ophtal. et ophtal. intertrop.	TOULANT O. I.
Chimie générale pharm. et toxicologie	WUNSCHENDORFF I.
Clinique chirurgicale	COSTANTINI O. I.
Pathologie chirurgicale	DUBOUCHER I.
Hygiène, hydrologie et climatologie	LACROIX O. I.
Pathologie générale et médicale	RAYNAUD R.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	LOMBARD I.
Pharmacie	MONNET O.
Clinique de neuro-psychiatrie	MANCEAUX.
Parasitologie et zoologie médicale	MANDOUL
Médecine légale et médecine de travail	THIODET A.
Bactériologie	FABIANI A.
Clinique urologique	SABADINI I.
Botanique	ROQUES I.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Phtisiologie	LEVI-VALENSI
Thérapeutique chirurgicale	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENOIT	MM. ABOULKER I.
CABANES	POROT I.
COURRIER I.	RAYNAUD M. I.
GILLOT I.	WEBER I.
LEBLANC I.	

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Agrégé pérennisé (obstétrique) ..... M. HOUEL ✻ ⌛ I. ✾

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Physiologie	MM. CHARDON
Physique médicale	CHECHAN I. ✾
Pharmacie	COLLET
Chimie médicale	GRANGAUD A. ✾

AGREGES

Accouchement	MM. JAHIER A. ✾
Médecine	BOULARD
	FABREGOULE
Pédiatrie	COMBE
Chirurgie	GOINARD A. ✾
	LIARAS
	VERGOZ ⌛
Anatomie	BOURGEON
Histologie et embryologie.....	N...
Anatomie pathologique	LAFFARGUE
Médecine légale	MICHAUX
Histoire naturelle pharmaceutique	N...
Oto-rhino-laryngologie	GIRAUD
Dermato-syphiligraphie	N...
Bactériologie	N...
Chimie générale pharm. et toxicologie .	N...
Neuro-psychiatrie	SUTTER
Ophtalmologie	LARMANDE
Odonto-stomatologie	N...

AGREGE LIBRE

Physiologie ..... M. BATTEZ

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je dédie cette thèse à la mémoire

de mon père,

le Docteur Alain FOURNIER

de mon oncle,

le Docteur Etienne LAURENS

A MA MERE,

je dédie cet ouvrage, bien indigne de l'exemple qu'elle m'a donné. Qu'elle y voit du moins l'expression de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A TOUS LES MIENS.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONTPELLIER

Professeur d'Anatomie Pathologique
et d'Oncologie Humaine et Comparée

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Physique Médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBOUCHER

Professeur de Pathologie Chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR LAFFARGUE

Professeur Agrégé d'Anatomie Pathologique

en hommage respectueux.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL CHAVIALLE

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon

A MES MAITRES de LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

A MES MAITRES DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

Particulièrement à

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUGUENIN

Directeur du Centre Anticancéreux de Villejuif

Directeur du Centre Anticancéreux du Val-de-Grâce

A MES CAMARADES

Introduction

Durant ces dernières années, une véritable croisade s'est déclanchée dans tout le monde, pour tenter de lutter contre ce fléau terrible qu'est le cancer.

L'Algérie, qui n'est pas épargnée par ce mal, essaie, depuis deux ans, de réduire le retard qui la sépare de la Métropole et des grands pays dans le domaine de la lutte anticancéreuse. Sous l'impulsion de Monsieur le Professeur Montpellier, les pouvoirs publics ont mis en œuvre un certain nombre de mesures destinées à faciliter le dépistage, à perfectionner le traitement des tumeurs malignes. Le R. A. L. A. C. (Réseau Algérien de lutte anticancéreuse) a bien œuvré, puisque déjà s'ouvre à Alger un premier centre anticancéreux, qui n'est que la modeste réduction de ce grand "Centre Anticancéreux Algérien" qui sera, nous l'espérons, bientôt réalisé.

Cette croisade nous a incité à étudier ce qui, dans l'Armée Métropolitaine (c'est-à-dire en France et en Afrique du Nord) a été réalisé dans le domaine du cancer.

L'Armée s'est, en effet, intéressée à tous les problèmes qui touchent à la Médecine collective et sociale. L'hygiène et la prophylaxie des maladies contagieuses ont fait l'objet de travaux qui ont rendu célèbre le Val-de-Grâce.

Le Service de Santé se devait de rester fidèle à ses traditions. Voilà pourquoi il a décidé de s'attaquer, avec les moyens que nous verrons, à ce fléau national qu'est le cancer.

Nous essaierons de montrer comment a été conçue et réalisée la lutte anticancéreuse dans l'Armée, quelle est son originalité, quels sont les premiers résultats que l'on peut enregistrer.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons la gravité et la complexité du problème du cancer.

Un deuxième chapitre nous montrera la composition du milieu militaire et ses particularités.

L'organisation de la lutte anticancéreuse dans l'Armée et le fonctionnement du Centre National du Val-de-Grâce et du Centre Régional d'Alger feront l'objet des chapitres III et IV.

Le chapitre V nous montrera les résultats enregistrés dans l'Armée et l'intérêt qu'ils peuvent avoir dans l'étude de l'Etiopathogénie du cancer.

Les difficultés rencontrées dans la lutte contre le cancer feront l'objet du chapitre VI, et nous essaierons de montrer, dans le chapitre VII, comment on peut les résoudre.

Nous avons été guidé, dans notre travail, par notre Maître, le Médecin Colonel Toulemonde, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce, qui a été successivement à la tête du Centre de l'Hôpital Béjin, puis du Centre Régional d'Alger. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

Le Problème du Cancer en général

« Le cancer est, sans nul doute, l'un des plus grands fléaux sociaux qui ravagent l'humanité. Il pèse lourdement sur les épaules de l'individu, de la famille, des peuples. »

« Il est tout près de venir en tête des causes de décès ; il condamne sa victime et, par suite, son entourage, à un long calvaire de souffrances et de larmes. Il impose à la société des sacrifices de tous ordres. Aussi bien les grands pays l'ont compris, qui s'attaquent résolument à cet ennemi N° 1 de l'homme. »

Le mal est grand. Il suffit de considérer quelques chiffres pour se rendre compte de l'étendue du fléau :

— La France perd chaque année 75.000 cancéreux.

— L'Algérie en perd sans doute 15.000 dans le même temps.

— Les autres pays ne sont pas mieux partagés. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, la guerre dernière a tué 200.000 hommes. Le cancer, dans le même temps, en tuait 500.000.

L'hécatombe est donc considérable. Et l'on est en droit de se demander pourquoi la Médecine, qui a pourtant fait tant de progrès importants en d'autres domaines, semble rester impuissante devant ce mal. La mortalité de la plupart des maladies est tombée, et parfois dans des proportions considérables. Les statistiques de mortalité du cancer n'ont fait qu'augmenter.

Serait-on donc aussi impuissant que se plait à le proclamer le profane ?

Et pourtant, l'on sait aujourd'hui faire à peu près à coup sûr le diagnostic de tumeur maligne. Les progrès de la clinique, les techniques radiologiques permises par des appareils toujours plus

perfectionnés, toujours plus puissants, les progrès de l'Anatomie pathologique permettent, dans la très grande majorité des cas, de poser sans erreur possible, le diagnostic de cancer.

La thérapeutique elle-même nous offre des armes aussi puissantes que variées. La chirurgie, en effet, bien qu'elle ait vu son champ d'action se restreindre dans le domaine du cancer, n'en a pas moins des indications d'autant plus audacieuses que ses techniques et l'anesthésie progressent à pas de géant. La Radiothérapie, avec, dernière née, la Contacthérapie, a à son actif des succès spectaculaires et durables. L'Electro coagulation permet de guérir, définitivement et avec des dégâts très limités, les cancers les plus malins qui soient : les tumeurs mélaniques. Le radium enfin, avec ses radiations maintenant bien connues, a une place importante dans la gamme des thérapeutiques carcinologiques.

Il n'est pas jusqu'à la chimie qui, avec les dérivés hypérités, n'ait donné des succès qui, pour éphémères qu'ils soient, n'en permettent pas moins les espoirs les plus grands. Parfois aussi, un traitement hormonal a les plus heureux effets.

Pourquoi donc, malgré tous ces moyens modernes, les statistiques de mortalité par cancer ne font qu'augmenter ? Les raisons en sont multiples.

— Il est des décès, dus au cancer, qui étaient attribués autrefois à d'autres affections, et qui sont reconnus aujourd'hui grâce aux moyens d'investigation modernes.

— Certains pensent même que le cancer est plus fréquent qu'autrefois. Mais là encore, il faut tenir compte des progrès de la clinique.

En réalité, trois faits surtout se partagent la responsabilité de nos échecs.

— La curabilité des tumeurs est fonction de la précocité du diagnostic. Or le diagnostic — au stade local du cancer — est souvent difficile à réaliser.

— Le traitement même, d'un cancer reconnu, présente les plus grandes difficultés. Tel cancer, qui répondra parfaitement à l'exérèse par électro coagulation, sera aggravé par une ablation chirurgicale même très large. Or, en cancérologie, aucune faute thérapeutique ne peut être tolérée — « un cancer raté est un cancer perdu ».

— Enfin, le dépistage du cancer, au stade local, est difficile,

car à ce moment, bien souvent, aucune douleur, aucun phénomène tant soit peu intéressant n'incite le malade à consultler.

La Société, devant un si grand mal, a-t-elle réagi comme l'exige la gravité de la situation ? Nous ne le pensons pas. Alors que la tuberculose a suscité une lutte remarquable, alors que le Bacille de Koch a vu se dresser devant lui des sanatoria, des dispensaires, des consultations populaires, des radioscopies systématiques et voit maintenant mettre en œuvre, sur une grande échelle, la vaccination par le B.C.G., alors que la syphilis a dû céder devant les traitements intensifs et **obligatoires,** les examens prénuptiaux, les cabines prophylactiques, alors que de nombreuses maladies contagieuses ont motivé l'institution de vaccinations obligatoires, et de précautions draconiennes aux frontières, le cancer, lui, n'a suscité qu'inertie et résignation.

Certes, depuis quelques années, fonctionnent à Paris, quelques centres anticancéreux, notamment la Fondation Curie et le grande centre de Villejuif, remarquablement équipés.

De même, partout en France, des savants se penchent, chaque jour, sur des coupes de tissu cancéreux. Des centres anticancéreux régionaux se sont mis à fonctionner. Des consultations spéciales ont été créées. Mais, en vérité, tout cela est peu, en regard du mal à vaincre.

Or, on peut vaincre le cancer. Le cancer peut guérir, quand il est pris à temps, et convenablement traité.

La S N.C.F., la première des grandes collectivités, l'a compris. La première, elle a décidé de tout faire pour écarter de ses membres la menace d'un cancer méconnu ou insuffisamment traité, la menace de rechutes négligées.

Mais, convenons-en, l'Armée, très vite elle aussi, a décidé d'entreprendre une lutte anticancéreuse sur une grande échelle. Consciente de ses responsabilités, elle a établi un réseau dont nous verrons plus loin la composition, le fonctionnement et les résultats. Malgré les déboires et les difficultés que nous aurons l'occasion d'analyser, la lutte anticancéreuse compte parmi les grandes œuvres de notre Service de Santé Militaire.

CHAPITRE II

Le Milieu militaire et le Cancer

Comment le cancer peut-il intéresser l'Armée ? Le cancer n'est-il donc pas l'apanage de l'homme vieux ? Et l'Armée n'est-elle pas constituée, en majeure partie d'hommes jeunes, et sains par définition, puisque passés au crible médical de l'incorporation?

La réponse à la première question est aisée : le cancer du jeune est une notion établie depuis de nombreuses années. Le nourrisson lui-même n'est pas épargné par les tumeurs malignes. Et les progrès de la clinique nous révèlent, chaque jour davantage, le lourd tribut que le jeune âge paie au cancer. La question est d'importance, et le centre anticancéreux de Villejuif l'a compris, qui a créé un service des enfants cancéreux, la première réalisation de ce genre dans le monde.

L'adulte jeune, et l'homme en pleine force de l'âge, sont sujets au cancer. Nos statistiques le montreront. Et la Section du cancer de l'Institut national d'Hygiène nous enseigne que le cancer fait, chaque année, 5.000 orphelins de moins de 15 ans ! La grande proportion de jeunes gens dans l'Armée ne peut donc qu'inciter davantage à s'intéresser à la carcinologie.

Certes, l'Armée n'admet que des hommes présentant tous les aspects d'une bonne santé. Ainsi sont éliminés les tarés, les infirmes, les débiles. Mais il est bien connu que le cancer apparaît chez des individus qui, souvent, ont eu une santé apparemment du moins parfaite. C'est même là une observation des plus fréquentes en milieu militaire, étant donné que le jeu simultané de l'incorporation médicale et des réformes maintient à un taux élevé le niveau de santé apparente des membres de ce milieu.

Mais il y a plus. La clientèle des hôpitaux militaires a considérablement évolué depuis 5 années. On a, en effet, assoupli les

conditions d'admission dans les établissements du Service de Santé. Les "ayant-droits" comprennent désormais, outre les militaires d'active et du contingent, les femmes, les enfants, les employés civils du département de la guerre, les officiers en retraite, certaines catégories de fonctionnaires (en particulier les fonctionnaires relevant des Colonies).

L'évolution est telle que la gynécologie, l'obstétrique, sont parmi les branches importantes de la médecine militaire. La Maternité de l'Hôpital Maillot n'a-t-elle pas, en moins de 4 ans, pratiqué plus de 1.500 accouchements ?

Ainsi les cancers du col, les cancers du sein, ne sont plus chose rare.

Et le milieu militaire constitue donc une collectivité en tous points comparable à toute autre collectivité civile. Il conserve cependant une particularité : le nombre de jeunes gens de 20 à 25 ans.

Un problème enfin mérite d'être étudié, car il revêt dans l'Armée une importance toute particulière. Il s'agit en effet de considérer dans quelle mesure un cancer peut être imputé au Service Militaire. D'une façon plus générale, c'est la question du cancer Professionnel, au sens large du mot, qui se pose.

A ce sujet, le Professeur Montpellier distingue trois éventualités principales :

« ... a) L'éclosion cancéreuse se produit sur un foyer directe-
« ment accessible à notre examen, antérieurement atteint par un
« traumatisme dont l'authenticité est nettement établie...

« ... La solution du problème de la responsabilité de l'Etat
« (employeur) est ici facile. Il ne pourrait venir à l'idée de per-
« sonne de l'éluder.

« b) La cancérisation apparaît sur un territoire, sur un organe
« dont il est établi qu'il a manifestement souffert d'une affection
« connue et reconnue. C'est tel sujet qui, durant sa vie militaire,
« a souffert d'un ulcère astrique, lequel plus tard sera cancérisé.
« C'est tel autre, qui aura contracté une laryngite chronique et qui
« finira par un cancer du larynx.

« ... Nous sommes déjà là parmi des faits essentiellement épi-
« neux et il est peu probable que l'expert, si tant est qu'il soit
« alerté conclut de plano aux relations de cause à effet.

« c) Voici une troisième éventualité plus litigieuse encore :
« l'ancien militaire, rentré dans la vie civile, fait un cancer hépa-

« tique ou pulmonaire. Il n'existe aucun passé pathologique relaté « dans ses commémoratifs lointains ou immédiats, relativement « au poumon ou au foie. L'idée ne saurait venir à priori de ratta- « cher honnêtement l'éclosion cancéreuse à l'existence d'une af- « fection antérieure de ces organes.

« Et cependant, peut-on vraiment affirmer qu'il n'y a rien eu, « alors que nous savons pertinemment que les conditions de vie « militaire étaient telles que la possibilité, sinon la probabilité, de « quelques troubles lésionnels était vraiment toute justifiée ? »

Ces lignes nous montrent combien complexe est la question de l'imputabilité, partielle ou totale, d'un cancer, au service militaire. Elles nous montrent aussi la lourde responsabilité du médecin militaire qui doit se prononcer.

Voilà qui justife une étude complète, détaillée, patiente de tous les cancers apparaissant en milieu militaire. Si cette étude a son intérêt du point de vue social, elle a aussi un intérêt scientifique, car elle peut contribuer, pour une large part, à éclairer le problème de l'étiologie du cancer.

Cancer du jeune, cancer professionnel, tels sont les aspects originaux de la carcinologie militaire. Et le milieu militaire se prête remarquablement à une telle étude. Il présente en effet l'avantage d'être constant en grandeur et en composition au cours des années. Et la composition de la clientèle des hôpitaux militaires reflète très exactement cette constance. C'est dire que les statistiques faites dans l'Armée ont toutes les chances de se rapprocher de la vérité, puisqu'elles portent sur tous les membres d'une communauté parfaitement connue.

Ainsi l'on peut conclure que l'étude du cancer dans l'Armée peut être de la plus grande utilité. Car à l'intérêt humanitaire de la lutte anticancéreuse nous sommes en droit d'ajouter un intérêt scientifique qui n'est pas négligeable.

CHAPITRE III

Organisation de la Lutte anticancéreuse dans l'Armée

La lutte anticancéreuse a été entreprise, dans l'Armée, à partir de 1941.

Certes, avant cette date, le cancer existait dans l'Armée et y était traité. Mais le dépistage et le traitement se faisaient de façon éparse, incoordonnée et, dans chaque formation sanitaire, c'est avec les "moyens de bord" que l'on combattait le mal.

Le premier centre anticancéreux de l'Armée fut créé en 1941 à l'Hôpital Militaire Béjin. Il le fut sous la pression de nécessités impérieuses, le Service de Santé ayant été ému par le nombre, sans cesse croissant, de prisonniers de guerre rapatriés pour cancer. Travaillant en accord avec l'Institut du cancer de Villejuif, le centre put voir et traiter 448 cancéreux rapatriés d'Allemagne.

Et ce ne fut là qu'une minorité, car beaucoup de ces malades, las de longues années passées dans des camps, loin de leur famille, préférèrent rejoindre leurs foyers, plutôt que de rester encore un temps plus ou moins long dans un hôpital, malgré toutes les garanties que leur offrait une organisation spéciale, près de centres parfaitement équipés.

Ce centre de l'Hôpital Béjin se montra très vite trop étroit devant la lourde tâche qui s'imposait chaque jour. Les consultants, en effet, se multipliaient, et, outre les prisonniers de guerre, tous les "ayant-droits" des hôpitaux militaires affluaient à la consultation spéciale. C'est ainsi que 163 nouveaux cancers vinrent s'ajouter, en moins de deux ans, à la liste déjà longue des prisonniers rapatriés.

Le Service de Santé militaire vit se poser à lui le problème du cancer dans toute son acuité. Les statistiques — que nous verrons plus loin — montrèrent le lourd tribut que payent aux tumeurs malignes les hommes jeunes, au-desous de trente ans. Le fonctionnement de ce premier centre avait été en quelque sorte un essai. Et l'on avait ainsi pu mettre en évidence les difficultés premières que rencontraient chaque jour les spécialistes du centre. Deux faits surtout attirèrent l'attention :

— Les malades arrivaient trop tard, et, dans une très grande proportion, à un moment où le mal n'était plus curable.

— Ceux qui, parmi les cancéreux, avaient noté une amélioration — voire une guérison — disparaissaient aussitôt et il était le plus souvent impossible de vérifier, périodiquement, la guérison ou de déceler une rechute à son début.

Ainsi donc, il fallait, de toute urgence, augmenter les moyens de dépistage des tumeurs, améliorer les conditions de traitement et de surveillance de post-cure des malades.

C'est dans ce but qu'un nouvel organisme fut créé au Val-de-Grâce. Son titre fut : "Centre de dépistage et d'orientation thérapeutique des tumeurs". Ces mots, à eux seuls, traduisent bien les désirs du Service de Santé.

Ce centre fut placé sous la direction de Monsieur le Professeur Huguenin, directeur du Centre anti-cancéreux de Villejuif. Ainsi se trouvait consacrée cette nouvelle branche de la Médecine militaire. La carcinologie avait désormais sa place, au Val-de-Grâce, au même titre que l'Epidémiologie ou la chirurgie réparatrice.

Mais très vite, l'on comprit que la lutte contre le cancer ne pouvait être concentrée, pour toute l'Armée, au Val-de-Grâce. Les difficultés d'évacuation ,la situation familiale des malades, l'importance surtout du dépistage précoce, imposaient de créer un véritable réseau suffisamment équipé pour pouvoir mener la lutte partout où le cancer pourrait se montrer.

C'est ainsi que naquit la notion de "centres régionaux". Ces centres, naturellement, devaient être répartis suivant les différentes régions militaires qui avaient été créées après la Libération. Il fallait aussi tenir le plus grand compte des centres anticancéreux civils, à qui l'on pourrait demander le complément de traitement qui ne serait pas du domaine des hôpitaux militaires. Une série de "conventions" fut dès lors établie pour préciser les rapports entre centres régionaux et organismes civils. Ces conventions furent

naturellement très variables suivant les centres, car l'organisation de la lutte anticancéreuse civile n'avait encore rien d'homogène. Les centres avaient des équipements très variables, dépendaient d'établissements hospitaliers divers, et parfois même... ce fut le cas d'Alger, n'existaient pas.

Ce travail fut donc laissé à l'initiative entière des directeurs des Services de Santé des Régions, qui utilisèrent au mieux les ressources locales.

Peu à peu, ce réseau prit forme.

Actuellement, l'organisation de la lutte anticancéreuse dans l'Armée se présente de la façon suivante :

1°) Au Val-de-Grâce, le Centre National de Dépistage et d'Orientation thérapeutique des tumeurs subsiste, en collaboration avec l'Institut du Cancer de Villejuif. Il est chargé de prospecter le cancer dans la 1re Région Militaire, et de recevoir, de toutes les autres régions, les cancéreux dont le traitement exige des moyens très puissants. Il centralise les fiches qui lui sont adressées de tout le territoire, afin d'établir régulièrement les statistiques carcinologiques de l'Armée, et dispose d'un fichier central.

Enfin, il a la charge d'organiser des cours et conférences destinés aux médecins militaires faisant leur stage d'application et aux assistantes sociales devant s'occuper des centres anticancéreux.

2°) Des centres régionaux, au nombre de 9, se répartissent comme suit :

1) Hôpital Serive de Lille, pour la 2e Région, en collaboration avec le centre anticancéreux civil Oscar Lambret.

2) Hôpital Ambroise Paré, à Rennes, pour la 3e Région, en collaboration avec le centre anticancéreux de l'Hôpital Pontchaillou.

3) Hôpital Militaire Robert Picqué, à Bordeaux (Villenave d'Ornon) pour la 4e Région, en collaboration avec le centre anticancéreux Bergonié.

4) Hôpital Larrey, à Toulouse, pour la 5e Région, en collaboration avec le centre anticancéreux de Toulouse.

5) Hôpital Sédillot, à Nancy, pour la 6e Région, l'Allemagne et l'Autriche, en collaboration avec le "centre de Lorraine".

6) Hôpital Desgenettes, à Lyon, pour les 7e et 8e Régions, en collaboration avec le centre civil de Lyon.

7) Hôpital Michel Lévy, à Marseillle, pour la 9e Région, en collaboration avec le centre de l'Hôpital Sainte Marguerite.

(— Un sous-centre fonctionne à Montpellier, avec la collaboration de la Faculté de cette ville).

8) Hôpital Maillot, à Alger, pour la 10e Région et la Tunisie, en collaboration avec le centre anticancéreux d'Alger.

9) Hôpital Militaire de Casablanca, pour le Maroc, en collaboration avec le centre Bergonié (Hôpital Colombani).

Ces centres régionaux ont reçu une mission très précise.

Ils doivent, en effet :

a) Dépister les tumeurs, en organisant des consultations auxquelles les malades suspects doivent obligatoirement être adressés par les médecins militaires ou les médecins civils conventionnés.

b) Pousser le diagnostic dans ses plus extrêmes limites grâce aux moyens mis à leur disposition (nous verrons plus loin ces moyens).

c) Traiter les tumeurs qu'ils auront dépistées.

d) Etablir, pour chaque malade, une fiche de carcinologie en double exemplaire :

— un devant rester au centre,

— tandis que l'autre sera adressé à l'Administration centrale.

e) Suivre les malades traités, ou en fin de traitement, établir des consultations de contrôle auxquelles les malades guéris devront se présenter régulièrement. Des fiches de convocation sont imprimées à cet effet.

Enfin, la Direction du Service de Santé précise la composition du personnel du Centre Régional.

Celui-ci est placé sous la direction :

— soit d'un Professeur Agrégé du Val-de-Grâce, d'un Professeur de l'Ecole d'Application du Service de Santé, ou d'un Chirurgien des Hôpitaux militaires.

— soit d'une personnalité civile spécialisée en carcinologie et ayant accepté d'être conventionnée à cet effet.

Le Directeur du Centre a enfin à sa disposition, en principe, une assistante sociale chargée de la tenue du fichier, de la convocation régulière des malades, et ayant reçu, pour remplir cette mission, une formation carcinologique de base.

Telle est, actuellement, l'organisation de la lutte anticancéreuse dans l'Armée. Et la ressemblance est d'emblée frappante avec ce qui est en voie d'être constitué en Algérie.

Pour parfaire notre étude, nous allons essayer d'entrer dans le détail du fonctionnement :

— du Centre National du Val-de-Grâce ;

— du Centre Régional d'Alger.

Nous avons choisi le Centre d'Alger, parce que, d'abord, nous y avons travaillé, et parce qu'il est certainement le plus important des centres régionaux.

Ce que nous dirons d'ailleurs du Centre d'Alger est entièrement valable, quant au fonctionnement, pour tous les centres régionaux. Mais il est évident que chaque centre épouse l'aspect particulier de la Carcinologie de la région où il se trouve. Ce fait, nous le verrons, est plus particulièrement vrai pour Alger, et les travaux de ce centre nous prouveront combien il était nécessaire d'étendre la lutte et de l'adapter aux conditions des diverses régions géographiques.

CHAPITRE IV

Comment fonctionnent :

A) Le Centre National du Val-de-Grâce

B) Le Centre Régional d'Alger

A) Le Fonctionnement du Centre de dépistage et d'orientation thérapeutique des tumeurs du Val-de-Grâce

Ce Centre a, pour première tâche, le dépistage des tumeurs et leur diagnostic. Le domaine du cancer est très vaste : il peut atteindre n'importe quel point de l'organisme. Aussi, la collaboration de tous les spécialistes est-elle indispensable pour faire le diagnostic de tumeur. Mais, malgré cette diversité de répartition, le cancer constitue une entité morbide. Aussi, la centralisation de tous les examens se fait-elle — obligatoirement, au centre de dépistage, qui est chargé, plus spécialement, de demander au Laboratoire d'Anatomie Pathologique la sanction formelle qui impliquera, suivant la variété de la tumeur, suivant son stade d'évolution, une thérapeutique de principe.

De nouveau, la collaboration de tous les spécialistes va essayer d'étudier dans quelles limites peut être appliqué le traitement idéal. C'est alors que se discuteront la participation de la chirurgie, de la radiothérapie, de la curiethérapie, associées, ou isolées, ou successives. Quand la décision est prise, le Centre est chargé de surveiller la mise en application du traitement. Il suit le malade partout, surveille constamment l'évolution de la tumeur, guette la complication possible, soumet le malade à des examens généraux répétés.

Cette surveillance constante est possible, grâce à une salle d'hospitalisation réservée aux cancéreux. Ainsi se trouve résolu le

problème de l'application du traitement radiothérapique, qui offrait autrefois les pires difficultés.

Le Val-de-Grâce possède absolument tous les moyens de thérapeutique carcinologique, sauf un : le Radium.

Devant la complexité de la Radiumthérapie, qui nécessite pour être bien réalisée, des appareils coûteux, un personnel hautement spécialisé, l'Armée a sollicité le concours du Centre anticancéreux de Villejuif. Ce concours a été accordé à nos malades sans aucune restriction, et ainsi les cancéreux de l'Armée peuvent bénéficier des traitements les plus modernes, les plus complexes, avec le maximum de garanties.

Le malade est-il guéri ? Il pourra rejoindre ses foyers, ses occupations, mais le Centre ne le perd pas de vue pour cela. Le dossier qui le concerne est soigneusement conservé, sa fiche carcinologique a pris place dans le fichier. Et l'assistante sociale, régulièrement, convoquera le malade pour la vérification périodique de la guérison. Une rechute survient-elle ? Elle est prise à son début, et un traitement correct permettra les meilleurs espoirs.

Ainsi, rien n'est négligé dans le diagnostic et le traitement des tumeurs. La post cure, si importante, a sa place dans les préoccupations du Centre. Et cette surveillance constante du malade se poursuivra partout : une mutation est-elle decidée ? La fiche du cancéreux est immédiatement transmise au centre régional le plus proche de la nouvelle résidence, avec tous les renseignements nécessaires. Ce centre poursuivra la tâche du centre national.

Cette liaison entre le Centre National et les Centres Régionaux s'est établie progressivement. Elle est indispensable pour la surveillance constante de malades qui changent fréquemment de résidence. Mais elle a aussi l'intérêt de permettre la constitution d'un fichier central, comprenant absolument tous les cancéreux de l'Armée. Et si nous considérons — comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent — que le milieu militaire est la somme de constantes connues avec toute la précision voulue, on conçoit l'intérêt d'un fichier soigneusement tenu, qui donne, avec la plus rigoureuse exactitude, le pourcentage des diverses tumeurs et de leurs localisations.

Nous devons souligner, dans le fonctionnement du Centre National, le rôle primordial du Service Social. La tâche est en effet délicate, qui consiste à poursuivre le cancéreux de demeure en demeure, de maintenir toujours en éveil la crainte d'une rechute, de faire comprendre la nécessité absolue de se soumettre à des examens répétés. Et l'on comprend la douceur et le tact dont il faut

faire preuve pour ne pas faire de nos malades des obsédés du cancer. Quel effort de persuasion ne faut-il pas réaliser pour faire comprendre à cette mère de famille la nécessité d'une hospitalisation peut-être longue ? Ce problème, qui est tout aussi important pour le cancer que pour la tuberculose, nécessite une organisation et des moyens que nous sommes encore loin de posséder. Nos assistantes, en trop petit nombre, ont là une tâche immense, ingrate, et, au demeurant, de première importance.

La conception d'un Centre Régional est basée sur les mêmes principes qui ont présidé à la réalisation du Centre du Val-de-Grâce. Même nécessité de liaison constante, mêmes problèmes diagnostics, thérapeutiques et sociaux.

Dans ce domaine, l'effort du Service de Santé a été considérable. On a voulu donner, aux centres régionaux, tous les moyens nécessaires pour dépister et traiter le cancer. Un plan d'équipement a été mis au point, qui doit fournir à tous les centres régionaux les appareils les plus modernes et les plus puissants. Nous allons voir, en prenant Alger comme exemple, que le maximum a été réalisé dans ce domaine.

B) **Le Fonctionnement du Centre Régional d'Alger**

Créé en 1947, donc très récent, le Centre anticancéreux militaire est installé à l'Hôpital Maillot. Le directeur en est, depuis cette date, le Médecin Colonel Toulemonde, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce.

Le rôle du Centre est, nous l'avons vu, d'assurer le dépistage des tumeurs, d'en faire le diagnostic précis, et de surveiller le traitement ordonné.

Or, le travail de diagnostic et de traitement du cancer exige la participation de toutes les branches de la Médecine. Ainsi sont pratiquement incorporés au "Centre" tous les spécialistes de l'hôpital.

Les moyens du Centre sont, en matière de diagnostic, amplement suffisants. L'installation radiologique est moderne et dotée d'appareils puissants. Le Laboratoire d'Anatomie Pathologique, dirigé par le Médecin Colonel Friess, peut donner rapidement tous les renseignements demandés. Il n'est pas jusqu'aux examens

bronchoscopiques, électroencéphalographiques, qui ne puissent être pratiqués, grâce à la collaboration entière des spécialistes civils d'Alger.

La partie thérapeutique n'est pas moins bien partagée. La chirurgie, avec l'équipe de l'Hôpital Maillot, et la collaboration de spécialistes civils d'Alger, peut répondre, pratiquement, à toutes les indications opératoires que comportent certains cancers. La Radiothérapie est outillée de façon remarquable, et les appareils les plus puissants sont maniés par les spécialistes, bien connus, que sont le Colonel Jalet et le Commandant Sarrouy. Outre un "sécurix 2.210" et, récemment arrivé, un "pulsatix 300 KV", l'Hôpital Maillot a possédé, en Afrique du Nord, un appareil Philips de contacthérapie, qui a permis d'exécuter des traitements remarquables.

Une seule lacune dans cet arsenal, et lacune importante : le Radium. En principe, dans ce cas, une convention était prévue, qui devait permettre de traiter les militaires au centre anticancéreux le plus proche. Or, Alger n'était pas doté, jusqu'à ces derniers temps, d'un Centre anticancéreux organisé. Certes, le Radium existait à Alger, mais réparti dans divers services, et cela constituait des complications importantes, car, suivant les malades, il fallait s'adresser à des services variés et, malgré la bonne volonté du personnel de l'Hôpital de Mustapha, il n'était pas toujours facile d'avoir tous les renseignements nécessaires.

Donc lacune importante, mais qui vient d'être comblée grâce à l'ouverture, toute récente, du "Centre Algérien de Lutte contre le Cancer" avec ses services d'hospitalisation, de consultations, de chirurgie, de radiodiagnostic et radiothérapie, de radiumthérapie, avec son service social, son fichier central, avec enfin son laboratoire de clinique. Désormais, les cancéreux militaires pourront, si besoin est, être hospitalisés dans un unique service, et bénéficieront ainsi d'une liaison étroite et constante entre centres civil et militaire.

Cette organisation du Centre d'Alger est absolument calquée sur celle des autres Centres régionaux de l'Armée. Mêmes moyens diagnostics et thérapeutiques partout.

Mais ce qui constitue vraiment le Centre, c'est l'esprit d'équipe. Et cet esprit se trouve évidemment dans un hôpital où, du matin au soir, les différents spécialistes travaillent en commun. Et l'on ne saurait trop insister sur l'importance de cette collaboration, quand on connait les exigences du cancer.

Avec une telle organisation, avec de tels moyens, il est intéressant de connaître quels ont été les résultats de plusieurs années de travail de ces Centres.

Le chapitre qui va suivre va nous donner l'ensemble du travail fourni par :

— Le Centre de l'Hôpital Béjin (1942-1944).

— Le Centre du Val-de-Grâce (1945-1949).

— Le Centre Régional d'Alger.

Un total général de 1.558 cancers nous montre l'ampleur du travail réalisé dans l'Armée, mais nous fait sentir aussi l'importance du tribut que l'Armée paie au cancer.

CHAPITRE V

Les Résultats

Dans ce chapitre vont être étudiés les résultats de la lutte anticancéreuse dans l'Armée et, en particulier, la répartition des divers cancers suivant l'âge. Nous devons préciser les faits suivants : Des courbes figureront la fréquence des cancers, classés de 5 ans en 5 ans. Nous avons dressé la courbe démographique du milieu militaire pour le graphique relatif aux prisonniers de guerre et pour les graphiques notant les résultats du Centre du Val-de-Grâce, de 1945 à 1949. Cette dernière courbe nous montre :

— Un maximum entre 20 et 25 ans, correspondant à la présence du contingent.

— Une chute à 25 ans (départ d'engagés arrivant en fin de contrat).

— Une deuxième chute à 35 ans (sous-officiers partant après 15 ans de services).

— Un minimum entre 50 et 55 ans.

— Enfin, une montée progressive (retraités).

L'interprétation de ces schémas se fera en comparant la courbe "cancers" et la courbe démographique. Ainsi, pourrons-nous définir en particulier la notion "d'âge critique". C'est le point où une différence notable de pente se manifestera entre ces deux courbes. Ainsi, par exemple, la courbe démographique "descend à 35 ans", alors qu'au même moment la courbe des cancers respiratoires monte brutalement. Ceci nous montre que la fréquence réelle de ce cancer subit donc, à cet âge, une augmentation importante : l'âge critique est donc, dans ce cas, 35 ans.

Ainsi, nous entendrons par "âge critique" d'un cancer, la période de la vie où ce cancer commence à se manifester avec une fréquence notable. Ainsi, le médecin doit porter tout particulièrement son attention sur tel ou tel organe, suivant l'âge du malade.

1°) Les résultats du Centre de l'Hôpital Béjin

Créé, comme nous l'avons vu, sous la pression des circonstances, le Centre de l'Hôpital Béjin a constitué un premier pas dans la lutte contre le cancer.

Sa clientèle s'est partagée en deux catégories bien distinctes :

— Les prisonniers rapatriés, qui étaient, dans la très grande majorité, des adultes jeunes, dont l'âge variait de 20 à 45 ans ;

— Un ensemble de malades, provenant surtout de Bretagne et de la région parisienne, ensemble assez disparate et qui ne représente certainement pas le "Milieu Militaire" tel que nous le connaîtrons plus tard, quand la lutte anticancéreuse se fera à l'échelle nationale.

Le gros intérêt est donc surtout constitué par cette masse d'hommes jeunes qui mit, d'emblée, l'accent sur l'importance du cancer à cet âge de la vie.

Un total de 448 tumeurs malignes fut enregistré au Centre. Et ce chiffre aurait été certainement augmenté dans de fortes proportions si de nombreux malades avaient accepté d'être hospitalisés, au lieu d'aller mourir dans leur village.

Ces 448 tumeurs se répartissent, suivant les localisations, de la façon suivante (il ne s'agit ici que de malades hommes) :

1. Tube digestif	:	156	soit	34,7 %
2. Appareil génital	:	80	soit	17,8 %
3. Cavum	:	75	soit	16,6 %
4. Appareil respiratoire	:	65	soit	14,5 %
5. Os, tissu conjonctif Glandes endocrines		30		
6. Ganglions	:	25		
7. Peau	:	25	soit	16,4 %
8. Appareil urinaire	:	7		
9. Système nerveux	:	6		

Dans ces chiffres, on doit noter surtout :

1°) La fréquence des cancers digestifs (sans compter le cavum).

Ceux-ci se répartissent en :

— Cancer de l'Estomac	:	54
— Cancer du Rectum	:	39
— Cancer de l'Œsophage	:	27
— Cancer du Colon	:	19
— Glandes Salivaires	:	6

— Foie : 5
— Pancréas : 4
— Intestin grêle : 2

Il semble que cette fréquence des déterminations digestives du cancer soit énorme, si l'on considère que 90 % de ces malades ont moins de 45 ans.

Par contre, la fréquence des diverses localisations sur le tractus digestif paraît être conforme à ce que l'on peut observer en pratique courante.

2°) Les cancers génitaux, qui viennent au second rang. Nous trouvons là des résultats absolument différents de ceux habituellement notés en pratique carcinologique. Nos 80 cancers génitaux se répartissent comme suit :

— Verge : 3
— Scrotum : 1
— Testicule : 73
— Prostate : 3

Que nous disent les statistiques civiles ?

— L. Imbert estime que le cancer de la verge est rare ; de même celui du testicule (9 cas sur 4.000 cancéreux).

— J. Ducuing n'a observé que 11 cancers testiculaires sur 2.500 tumeurs.

Nous sommes très loin des 73 tumeurs testiculaires sur 448 cancers. Cette fréquence des cancers génitaux est certainement un des enseignements intéressants qu'a pu fournir le Centre de l'Hôpital Béjin. Et si l'on peut admettre que les conditions de vie des camps de prisonniers sont pour une part dans l'éclosion de ces tumeurs génitales, il semble que l'on doive plutôt admettre que dans la vie courante, bon nombre de cancers génitaux sont méconnus. Or, l'on sait la gravité de ces tumeurs qui frappent, nous le voyons, électivement l'homme jeune, en pleine force de l'âge. L'on sait aussi, que ce cancer atteint très vite le stade de l'incurabilité, et que les travaux de Chevassu ont bien montré la conduite à suivre dans le dépistage de ces cancers, dépistage qui, s'il est fait à temps, permet de longues survies. Comment ne pas, dès lors, ajouter à la classique exploration des orifices inguinaux, lors des visites systématiques, une palpation rapide, mais complète, des glandes génitales. Du même coup, la proportion des cancers génitaux masculins prendrait une place plus importante dans les statistiques. Et les résultats thérapeutiques seraient, sans aucun doute, bien meilleurs.

La deuxième statistique fournie par le Centre de l'Hôpital Béjin concerne, nous l'avons vu, une clientèle assez disparate, dont les limites d'âge vont de 15 à 70 ans. On voit apparaître, très discrètement il est vrai, un élément féminin (5 cas). Les 163 tumeurs malignes dépistées et traitées se répartissent comme suit :

1.	Cancers digestifs	40	soit 25 %
2.	Cancers du cavum	40	soit 25 %
3.	Cancers respiratoires	28	
4.	Cancers génitaux	16	
5.	Os, muscles, glandes	12	
6.	Ganglions	8	
7.	Cancers urinaires	6	
8.	Cancers de la peau	5	
9.	Cancers du système nerveux	2	

Si les cancers génitaux n'ont plus la place dominante de la précédente statistique, ils constituent néansmoins 10 % des tumeurs malignes traitées, ce qui est encore un chiffre considérable, dans lequel le cancer du testicule entre dans la proportion de 12 sur 16.

Nous avons dressé une courbe de fréquence du cancer suivant l'âge pour chacune des deux statistiques ci-dessus. Ces courbes montrent (fig. 1et 2).

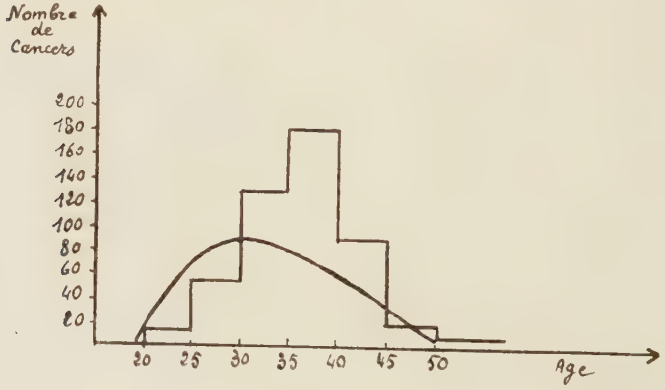

Fig: 1. — Courbe des cancers chez les prisonniers de guerre (traits droits), Courbe démographique (trait courbe).

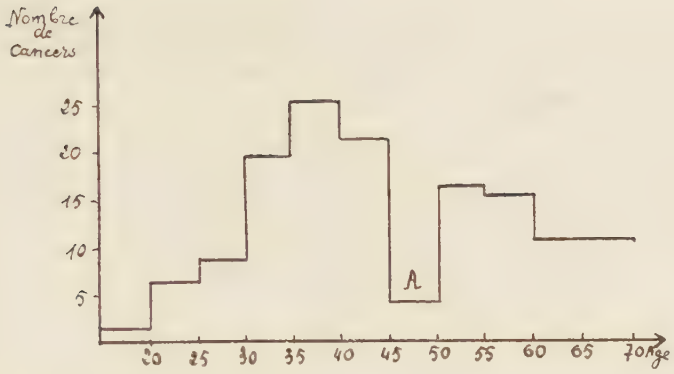

Fig. 2. — Courbe des cancers, de 1942 à 1944.
La courbe démographique ne pouvait ici être donnée.

1°) La fréquence du cancer chez le jeune. Ainsi, on peut constater que, sur l'ensemble de ces deux courbes, plus de 200 malades avaient moins de 35 ans.

2°) La différence qui peut exister, au point de vue statistique, entre ces deux courbes. La première (prisonniers de guerre) revêt l'allure d'une courbe de Gauss. La deuxième, au contraire, présente une encoche importante. Si l'on en croit les lois de la statistique, seule, la première de ces courbes révèle exactement les rapports existants entre les deux facteurs : Age et cancer. La seconde, au contraire, par l'encoche importante qu'elle nous montre, est en réalité le résultat des deux facteurs précédents, auquel s'ajoute un troisième facteur, que nous pensons pouvoir être le manque d'homogénéïté du milieu. Nous verrons d'ailleurs plus tard que les statistiques fournies par le Val-de-Grâce revêtent, dans leur ensemble, une allure sensiblement plus régulière, car portant sur une clientèle beaucoup plus homogène.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce facteur milieu. Toute statistique portant sur un ensemble de cas trop variable est entaché d'une erreur de base telle que toute valeur lui est otée. Et c'est là, soulignons-le, un des grands avantages de l'Armée que d'avoir à chaque instant une clientèle constante et bien connue.

2° **Les résultats du Centre du Val-de-Grâce**

C'est sur la lancée du Centre de Béjin que le Centre National démarra. Il profita donc de l'expérience de son prédécesseur, en

même temps que la lutte contre le cancer prenait forme dans l'Armée. C'est donc tout de suite sur une grande échelle que ce Centre fonctionna, et c'est très vite que les statistiques prirent une forme, peut-on dire, définitive.

Nous aurons à étudier le travail effectué de 1945 à 1949 inclus.

Au total, 786 cancers ont été dépistés et traités au Centre durant ces cinq années. Ces cancers se répartissent ainsi :

1945	:	94	cancers
1946	:	98	—
1947	:	207	—
1948	:	143	—
1949	:	149	—

Ces chiffres appellent déjà quelques commentaires. On voit, en effet, que les deux premières années ont constitué une période de démarrage. Et c'est brutalement qu'en 1947, le chiffre des cancers dépistés a plus que doublé. Par la suite, on constate que le chiffre moyen se situe aux environs de 145.

Si l'on fait la moyenne des trois premières années, on trouve le nombre 133. Il semble bien donc que l'on ait là la valeur à peu près exacte du nombre des cancers que l'on aurait dû dépister en 1945 et 1946. Et nous pouvons penser que le chiffre de 1947 ne reflète certainement pas une éclosion brutale de tumeurs malignes, mais au contraire le dépistage "tardif" de cancers qui existaient déjà les années précédentes.

Et n'est-ce pas là déjà une preuve flagrante de l'utilité d'un centre anticancéreux ?

Nous avons d'abord étudié la répartition, suivant les diverses localisations, des 786 tumeurs de notre statistique. En voici le détail (Hommes et Femmes).

1°) **Appareil digestif et glandes annexes :**

Lèvres	14
Langue	36
Plancher de la bouche	12
Voile du palais	3
Amygdales et piliers	25
Sillon palatoglosse	1

Gencives	2
Face interne des joues	4
Œsophage	33
Estomac	39
Colon	24
Intestin grêle	2
Rectum	22
Anus	1
Foie	4
Pancréas	5
Indéterminés	3
Total :	**230**

2°) **Appareil respiratoire :**

Rhinopharynx	39
Larynx-Epiglotte	56
Sinus	10
Trachée	2
Bronches	20
Broncho pulmonaire	13
Plèvres	0
Non précisé	1
Total :	**141**

3°) **Sein :**

Total :	**92**

4°) **Organes génitaux de la Femme :**

Col de l'utérus	42

Corps de l'utérus	3
Vagin	4
Ovaire	4
Vulve	1
Total :	**54**

5°) **Organes génitaux de l'Homme :**

Verge	4
Scrotum	2
Testicule	38
Prostate	5
Indéterminé	1
Total :	**50**

6°) **Appareil urinaire :**

Urètre	0
Vessie	5
Bassinet	0
Rein	6
Total :	**11**

8°) **Système Nerveux :**

Encéphale	**4**

7°) **Peau :** **Total : 82**

9°) **Autres localisations :**

Os	21
Muscles	4
Tissu conjonctif	16

Thyroïde	10
Autres glandes	1
Ganglions	9
Système hémolymphatique	26
Hodgkin	4
Œil	1
Total :	**114**

10°) **Indéterminés :** **22**

Nous avons essayé de classer ces diverses localisations par ordre d'importance, et nous pouvons dresser le tableau suivant :

1	Sein	92	25	Rein	6
2	Peau	82	26	Vessie	5
3	Larynx	56		Prostate	5
4	Intestin	48		Pancréas	5
5	Utérus	45	29	Verge	
6	Estomac	39		Muscle	
7	Testicule	38		Hodgkin	
8	Langue	36		Vagin	4
9	Œsophage	33		Ovaire	
10	Hémolymphatique	26		Foie	
11	Amygdale et Piliers	25		Face interne de joues	
12	Os	21		Encéphale	
13	Bronches	20	37	Voile du palais	3
14	Hypopharynx	17	38	Gencives	
15	Conjonctif	16		Trachée	2
16	Rhinopharynx	15		Scrotum	
17	Lèvres	14	41	Sillon palatoglosse	
18	Bronchopulmonaire	13		Anus	
19	Plancher bucal	12		Respiratoire non précisé	
20	Thyroïde	10		Vulve	1
20	Sinus	10		Œil	
22	Ganglions	9		Glandes autres que la thyroïde	
23	Glandes salivaires	8			
24	Oropharynx	7			

Au terme de cette statistique, une constatation s'impose : il n'est pas une tumeur maligne, aussi rare soit-elle, qui n'ait été observée dans l'Armée. Mais il est hors de doute que l'Armée

donne à ces chiffres un aspect particulier que l'on pourra mettre en évidence en comparant ces résultats qui, rappelons-le, portent sur 786 tumeurs malignes diagnostiquées en 5 ans (mises à part les tumeurs des prisonniers de guerre et des armées 43 à 45) avec ceux qui sont généralement admis pour la population française.

La répartition suivant les localisations se fait, en pourcentage, de la faon suivante en France et dans l'Armée (ouvrage "Le Cancer en A.F.N., page 96).

Armée :		France :
29%	Cancer du tube digestif :	40 à 50%
6,8%	— des organes génitaux (femme) :	30 à 40%
10,4%	— de la peau :	15 à 25%
11,7%	— du sein :	15 à 20%
18%	— de l'appareil respiratoire :	5 à 8%
6,4%	— des organes génitaux (homme) :	2 à 5%
1,4%	— de l'appareil urinaire :	2%
1,4%	— des glandes endocrines :	2%
2,7%	— du squelette :	2 à 5%
0,5%	— du foie :	1 à 2%
0,5%	— du système nerveux :	1 à 2%

Et nous pouvons voir des différences importantes :

1°) La rareté des cancers féminins (génitaux) qui correspond, évidemment, à une différence tout de même assez importante des clientèles des hôpitaux civils et militaires. Mais il est à noter que l'on retrouve, dans notre statistique, le rapport $\frac{\text{Cancer du corps}}{\text{Cancer du col}}$ qui est de $\frac{1}{14}$

2°) La fréquence très importante des cancers respiratoires (18 pour 5 à 8).

3°) La fréquence plus grande des cancers de l'appareil génital masculin (6,4 pour 2 à 5).

4°) La moindre fréquence des cancers du tube digestif (29 pour 40 à 50) et de la peau (10,4 pour 15 à 25).

5°) Et nous pouvons aussi ajouter que, bien qne nous n'ayons pas de chiffre certain montrant la fréquence des cancers hémolymphatiques dans la population civile, le nombre de ces cancers

nous parait particulièrement important dans l'Armée, puisqu'ils sont affectés du pourcentage 5.

Quelles sont donc les raisons de différences aussi importantes ? Nous pensons pouvoir dire que seul, l'âge peut influencer de la sorte une statistique. L'âge a son importance en carcinologie, et si notre statistique montre qu'aucune localisation du cancer n'est épargnée au jeune, elle nous montre aussi que certains cancers frappent avec prédilection l'adulte jeune.

Et c'est dans le but de mettre en évidence ce rôle de l'âge dans la localisation du cancer, que nous avons dressé les courbes suivantes, qui intéressent les localisations se distinguant le plus dans notre statistique, des localisations de l'ensemble de la population.

La première (courbe n° 3), représente la totalité des tumeurs classées suivant l'âge, de 5 ans en 5 ans. Et nous voyons d'emblée que :

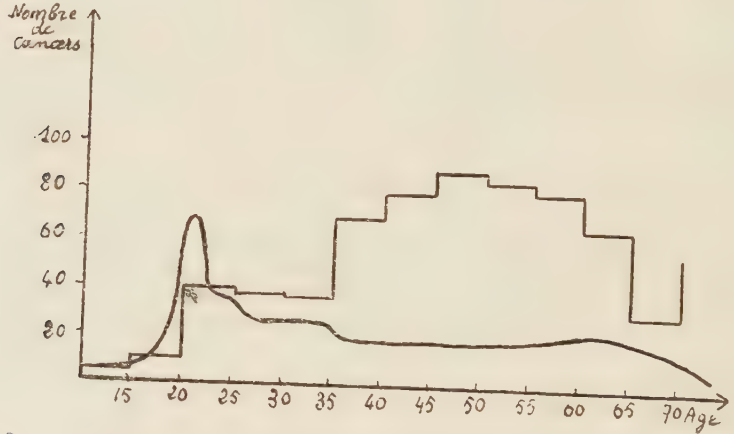

Fig. 3. — Courbe de l'ensemble des cancers, de 1945 à 1949 (traits droits). Courbe démographique (trait courbe).

— le cancer existe au-dessous de 20 ans.

— qu'il marque une ascension à partir de 20 ans et qu'il se maintient à un niveau sensiblement constant jusqu'à 35 ans.

Nous avons ainsi un total de 130 cancers au-dessous de 35 ans, dont 120 entre 20 et 35 ans.

— A partir de 35 ans, nouvelle augmentation brutale, qui se poursuit, plus lentement, pour atteindre un maximum entre 45 et 50 ans.

— Chute progressive de la courbe ensuite. (Le relèvement à

70 ans provient du fait que l'on considère là tous les malades ayant plus de 70 ans).

N° 4). - La courbe des cancers digestifs qui montre une fréquence plus importante chez l'adulte jeune, et un maximum entre 45 et 60 ans. Ces deux courbes présentent d'ailleurs une allure générale semblable.

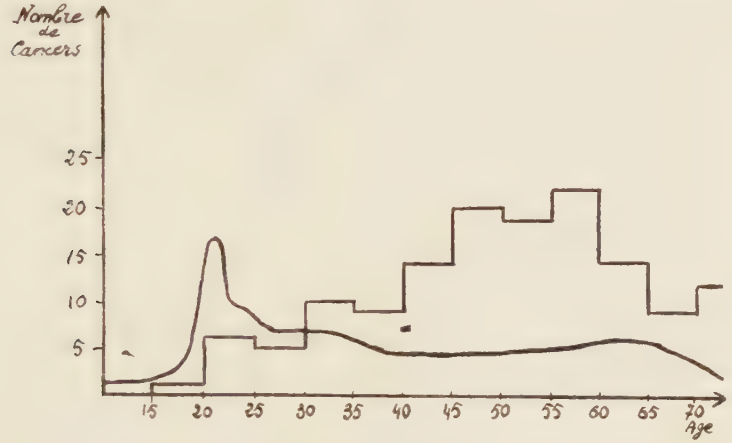

Fig. 4. — Courbe des cancers digestifs, de 1945 à 1949 (traits droits). Courbe démographique (trait courbe).

N° 5). - La courbe des cancers respiratoires. Là se révèle une augmentation brutale à 35 ans qui atteint d'emblée, ou presque, son maximum. Une dénivellation nette se dessine à 55 ans.

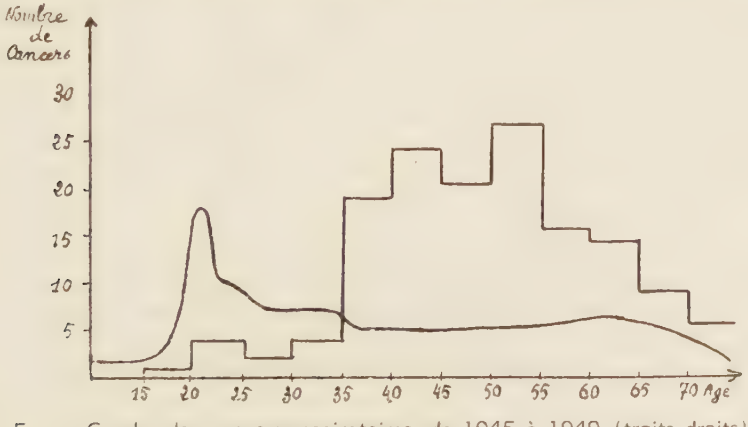

Fig. 5. — Courbe des cancers respiratoires, de 1945 à 1949 (traits droits). Courbe démographique (trait courbe).

N° 6). - La courbe des cancers génitaux masculins. Nous voyons apparaître une courbe absolument inverse des précédentes. La montée rapide se place à 20 ans, la chute à 35 ans. L'adulte jeune est, ici, le plus touché. Nous avons noté une fréquence importante de cancers testiculaires dans le jeune âge. Au-delà de 65 ans, on ne trouve que des cancers de la prostate.

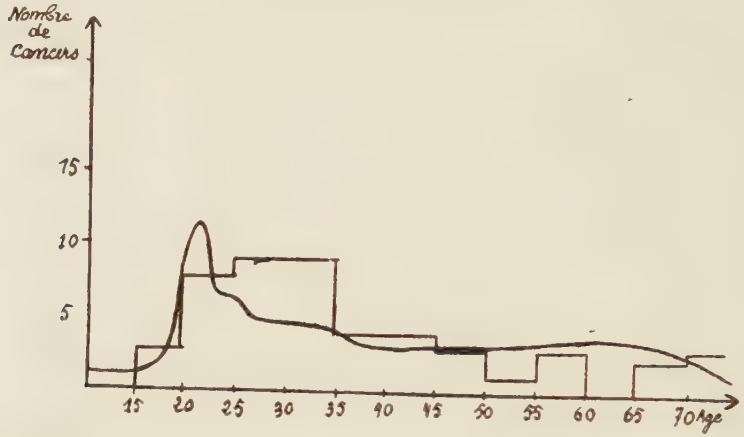

Fig. 6. — Courbe des cancers génitaux, de 1945 à 1949 (traits droits). Courbe démographique (trait courbe).

N° 7). - La courbe des tumeurs osseuses qui montre, avec un décalage encore plus net vers le jeune âge, un maximum de 20 à 25 ans.

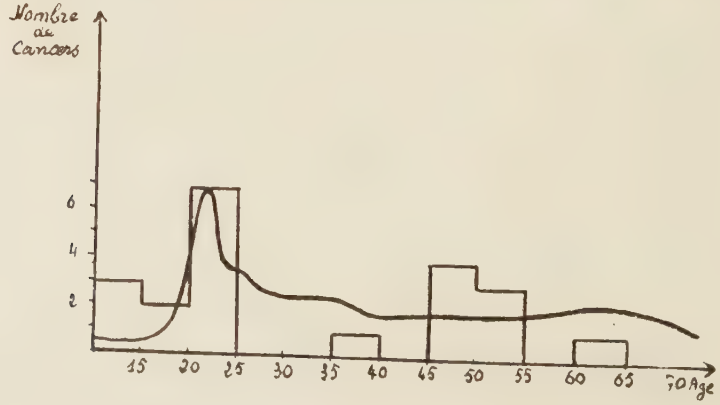

Fig. 7. — Courbe des tumeurs osseuses, de 1945 à 1949 (traits droits). Courbe démographique (trait courbe).

N° 8). - Enfin, la courbe de fréquence des cancers féminins qui révèle l'augmentation croissante de notre clientèle féminine.

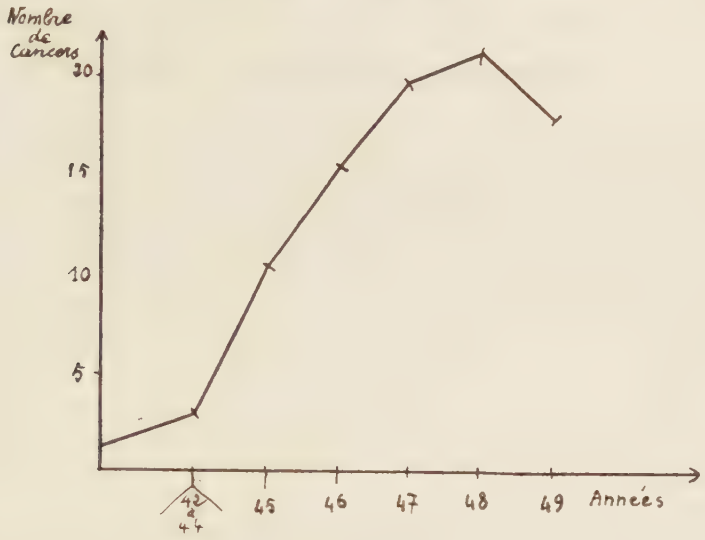

Fig. 8. — Courbe figurant la clientèle féminine, de 1942 à 1949.

De l'ensemble de ces courbes, nous pouvons donc déduire :

1°) La fréquence du cancer chez le jeune, au-dessous de 25 ans. Et nous voyons qu'il faut, à cet âge, se méfier surtout des cancers génitaux, respiratoires et osseux. Nous pouvons ajouter aussi les cancers hémolymphatiques. Et comment ne pas remarquer que ces localisations sont précisément celles que l'on recherche dans la tuberculose. Dès lors, les visites de dépistage du cancer sont bien simplifiées, puisqu'elles impliquent les mêmes gestes que ceux du dépistage de la Bacillose chez le jeune. Il suffit donc d'ajouter un seul élément dans ces visites périodiques : penser au cancer.

2°) Ces courbes nous montrent aussi que l'âge critique du cancer en général (dans le sens que nous avons donné à ces termes), se situe **entre 30 et 35 ans.** Voilà un point qui mérite d'être souligné dans la propagande, car il va à l'encontre de croyances universellement admises dans le grand public. Et ce n'est pas le cancer de la peau, le plus facilement curable, qui atteint le jeune, mais des tumeurs particulièrement malignes, difficiles à dépister, difficiles à traiter.

Nous pensons que c'est là le grand enseignement de la Carcinologie militaire. Et cet enseignement est de valeur, car il est basé sur des statistiques correctes, s'étendant sur plusieurs années, et portant sur un milieu que l'on connait parfaitement.

3° Résultats du Centre Régional d'Alger

Nous aurions aimé poursuivre, sur les statistiques de l'Hôpital Maillot, notre étude sur le cancer du jeune. Nous avons dressé, à cet effet, la courbe ci-contre, et son aspect nous dit immédiatement que l'on ne peut tirer, ici, de conclusions de quelque valeur. En effet, cette courbe est très irrégulière et présente des encoches qui signifient (fig. 9) :

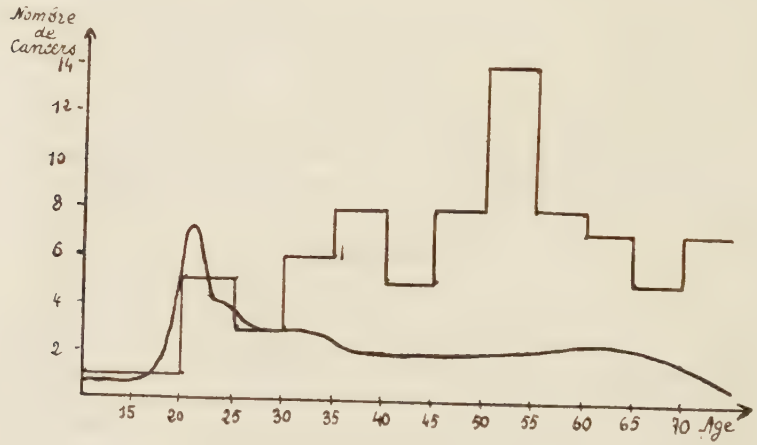

Fig. 9. — Courbe des cancers du Centre Régional d'Alger (traits droits).

— d'abord que le nombre total de cas figurés ici est trop peu important,

— et surtout qu'une foule de facteurs interviennent, tenant surtout à la diversité des races qui caractérise la population Nord-Africaine.

On peut néanmoins remarquer que le cancer chez le jeune existe, en Algérie comme en France, et qu'il mérite par conséquent autant d'attention.

Plus intéressante était, par contre, l'étude des diverses déterminations du cancer chez les deux catégories dominantes d'individus en Algérie : l'Européen et le Musulman.

a) Nous avons d'abord calculé l'âge moyen des cancéreux pour les Européens et pour les Musulmans. Nous avons trouvé :

Européens : 47 ans environ.

Musulmans : 37 ans environ.

Pour les raisons exposées plus haut, nous ne tirerons de ces chiffres qu'une impression : il semble que les cancéreux autochtones soient atteints plus jeunes. Cette différence d'âge est de l'ordre de 10 ans. Nous n'insisterons pas, bien entendu, sur les diverses explications que l'on peut donner de ce fait.

b) Le seul fait intéressant que nous ayons pu observer sur les fréquences des diverses localisations, est la prédominance indiscutable des cancers de l'appareil digestif et de la peau. La classification suivante peut en effet être établie :

1°)	Tube digestif	:	26
2°)	Peau	:	16
3°)	Appareil respiratoire	:	14
4°)	Sein	:	11
etc...			etc...

Dans les localisations digestives, l'estomac tient la place de choix, et s'inscrit à lui seul pour 16 cancers.

Nous avons compté 14 cancers de l'estomac chez l'Européen, contre 2 seulement chez le Musulman. Cette différence est donc très nette, et tend à confirmer les impressions que nous avons pu relever dans la littérature carcinologique nord-africaine.

La peau, avec la 2e place, confirme, là encore, les impressions de la plupart des auteurs nord-africains.

c) Un fait nous retiendra plus longtemps, parce que nous avons pu l'étudier à loisir à l'Hôpital Maillot, et qu'il retient de plus en plus l'attention des carcinologues. Nous voulons parler de la fréquence relative, chez l'Européen et chez le Musulman, du Sarcome et de l'Epithélioma.

Dans le but de déterminer la valeur exacte de ce que l'on nomme aujourd'hui l'Indice de Sarcomatisation (rapport du nombre des Sarcomes sur le nombre des Epithéliomas), nous avons relevé, sur les registres d'Anatomie pathologique de l'Hôpital Maillot, les tumeurs ayant fait l'objet d'un diagnostic formel. (Ces examens ont été pratiqués soit par le Médecin-Colonel Friess, soit par le Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté).

Sur un total de 161 cancers, nous avons relevé :

Chez l'Européen : 132 cancers

comprenant 120 Epithéliomas
12 Sarcomes

Chez le Musulman : 29 cancers

comprenant 19 Epithéliomas
10 Sarcomes

Ainsi, nous avons au total :

139 Epithéliomas
22 Sarcomes

Nous pouvons établir alors que :

— L'Indice de Sarcomatisation global est égal à $\frac{22}{139}$, soit environ $\frac{1}{6,3}$

— L'Indice de Sarcomatisation des Européens est égal à $\frac{12}{120}$, soit $\frac{1}{10}$

— L'Indice de Sarcomatisation des Musulmans est égal à $\frac{10}{19}$, soit environ $\frac{1}{2}$

Et l'on voit là (fig. 10) :

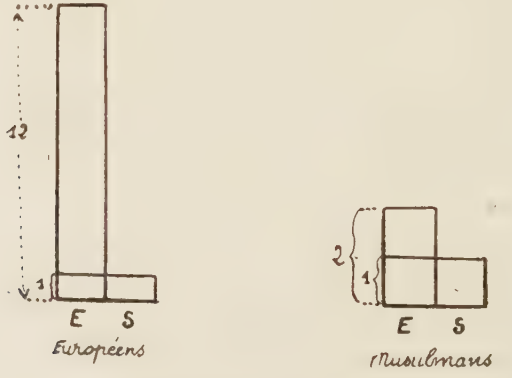

Fig. 10

1°) Une augmentation très nette de la fréquence du Sarcome chez le Musulman.

2°) Mais aussi une augmentation de la fréquence de ce même cancer chez l'Européen. Et cette notion a d'autant plus d'intérêt que la majeure partie des militaires européens est d'importation récente.

Ces faits, connus depuis fort longtemps par les Médecins Nord-Africains, trouvent ainsi leur confirmation dans les statistiques militaires.

Par contre il est une question qui a soulevé maintes discussions : le cancer est-il réellement moins fréquent chez le Musulman que chez l'Européen ? Et dans quelle proportion ?

Voyons d'abord ce que nous disent les statistiques civiles. L'ensemble des statistiques les plus importantes parues en Afrique du Nord, reproduites dans l'ouvrage "Le Cancer en Afrique du Nord Française" (P[r] J. M. Montpellier et Mme J. Mussini Montpellier), nous donnent les résultats suivants :

Pour un million d'individus :

Maroc : 644 cancers chez l'Européen.
23 cancers chez le Musulman.

Algérie : 240 cancers chez l'Européen.
24 cancers chez le Musulman.

Tunisie : 192 cancers chez l'Européen.
24 cancers chez le Musulman.

Le rapport $\frac{\text{Morbidité cancéreuse musulmane}}{\text{Morbidité cancéreuse européenne}}$ est donc :

$\frac{1}{28}$ pour le Maroc.

$\frac{1}{10}$ pour l'Algérie.

$\frac{1}{8}$ pour la Tunisie.

Ainsi, le cancer serait, au moins, 8 fois moins fréquent chez le Musulman. Mais l'on note des différences extraordinaires dans ces

résultats, et l'on peut se demander dans quelle mesure ils traduisent la réalité.

Pouvons-nous, à l'aide des statistiques militaires, trouver la morbidité réelle du Musulman ?

Nous pensons pouvoir le faire, pour les raisons suivantes :

— Nous pouvons admettre, du fait des visites systématiques, du fait aussi de l'hospitalisation obligatoire, dans l'Armée, que tous les cancéreux, cliniquement décelables, européens ou musulmans, figurent sur nos statistiques.

— Musulmans et Européens subissent exactement les mêmes examens cliniques, et par conséquent le dépistage des tumeurs est strictement identique pour les deux groupes ethniques.

— On connaît, à peu près exactement, la proportion relative des Européens et Musulmans dans la clientèle militaire, qui est :

2 Européens pour 1 Musulman (chiffres fournis par l'Etat-Major de la 10e R. M.).

Dès lors, nous pouvons calculer le rapport des morbidités en multipliant au préalable par 2 les chiffres relatifs aux Musulmans. Nous avons alors :

$$\frac{\text{Morbidité cancéreuse Musulmane}}{\text{Morbidité cancéreuse Européenne}} = \frac{58}{132} = \frac{1}{2}$$

Et ce résultat est bien différent de ceux vus plus haut.

Ainsi, le cancer ne serait pas aussi rare que l'on pourrait le supposer chez le Musulman. Il serait seulement deux fois moins fréquent que chez l'Européen.

Et comment ne pas penser que, en pratique civile, l'absence des Musulmans, sur les statistiques, provient en réalité d'un dépistage insuffisant ? N'est-on pas amené à conclure que l'on dépiste le quart seulement au maximum des cancéreux musulmans ? Et cette situation n'exige-t-elle pas que la lutte anticancéreuse soit enfin réalisée, et avec de grands moyens ?

Cette étude des statistiques n'est point le seul intérêt de la pratique carcinologique du Centre Régional d'Alger. L'attrait de cette affection si difficile qu'est le cancer a toujours amené les spécialistes de l'Hôpital Maillot à pousser plus loin leurs études, à essayer toujours de perfectionner les techniques de diagnostic et de

traitement. Et des résultats remarquables ont été obtenus, qui témoignent de l'activité de notre centre et de sa haute tenue scientifique.

Nous reproduisons ci-dessous quelques publications, faites par nos Maîtres à la Société de Carcinologie d'Alger. On y verra l'originalité de certaines techniques, le souci constant du mieux, et surtout l'esprit d'équipe, sans lequel la lutte anticancéreuse serait un vain mot.

1°) Le rôle de la Radiothérapie comme agent métastasiant (Bulletin Algérien de Carcinologie 1948, n° 1, page 57) est étudié par le Médecin Colonel Jalet. L'auteur démontre qu'en réalité les rayons X ne sont point métastasiants et insiste sur l'action remarquable de la Radiothérapie préopératoire.

2°) Le dépistage précoce et le traitement radio-chirurgical du Cancer de l'Estomac (Séance de la Société de Carcinologie du 18 mars 1948, page 193) sont l'objet d'une étude des Médecins Colonels Jalet et Toulemonde, qui montrent le danger d'un traitement médical d'attente devant des images radiologiques suspestes, et insistent sur la nécessité d'une collaboration étroite radio-chirurgicale, collaboration qui leur a donné de remarquables résultats.

3°) La Radiothérapie du Cancer de l'Estomac (Séance du 13 février 1949. B.A. de Carcinologie n° 4, p. 347) chez les malades jugés inopérables, ou refusant l'opération, a fait l'objet d'une étude approfondie du Médecin Colonel Jalet qui a obtenu d'excellents résultats en faisant absorber au malade du lait baryté épais avant chaque séance de roentgenthérapie.

4°) Le traitement du Cancer de la Vessie par la Radiothérapie de contact (B.A. de Carcinologie n° 5, p. 50) a été, pour la première fois croyons-nous en Algérie, réalisé à l'Hôpital Maillot par les Médecins militaires Jalet, Delvoye et Sarrouy. Et les résultats en sont d'autant plus intéressants que les traitements tant radiumthérapique que chirurgical de ces tumeurs vésicales exposaient jusqu'à ces derniers temps, aux pires déboires.

5°) Enfin, les Médecins militaires Friess et Sarrouy rapportent l'ablation d'un ostéosarcome du péroné après radiothérapie préopératoire. Et l'Anatomie Pathologique a montré une tumeur éminemment maligne, mais entourée d'une capsule telle, qu'elle avait fini par prendre l'aspect d'une véritable tumeur bénigne.

De telles observations nous montrent que le cancer est loin d'être négligé dans l'Armée. Mais elles montrent aussi ce qui fait

la valeur d'un Centre anticancéreux : la collaboration franche, étroite et constante de tous les spécialistes.

Le travail ainsi réalisé par le Centre anticancéreux militaire d'Alger a, nous le voyons, son importance. Outre le désir de toujours progresser dans le domaine du cancer, le médecin militaire a aussi la possibilité de dégager, de statistiques sérieuses, faites sur ce milieu dont on connaît exactement la composition, des conclusions qui montrent comment se répartit, suivant les races, le cancer en Afrique du Nord.

Mais il est une question que l'on peut se poser, au terme de cette étude : quelles sont les difficultés que le Centre Régional d'Alger a eu à surmonter ?

Ces difficultés sont les mêmes, que l'on envisage le Centre du Val-de-Grâce ou n'importe quel Centre régional. Ces difficultés ne sont pas spéciales au milieu militaire. Bien plus, on peut, à priori, affirmer que le Service de Santé a, dans le domaine de la médecine préventive, une habitude telle, une avance si importante sur le secteur civil, de telles possibilités de pratique de la médecine collective, que nous pouvons, sans risque de nous tromper, craindre que ces difficultés ne soient décuplées dans le domaine des centres anticancéreux civils. Et il est peut-être encore temps de prendre les mesures nécessaires pour éviter que le réseau de lutte contre le cancer, récemment créé à Alger, ne rencontre devant lui d'insurmontables obstacles.

Tout est à faire en Algérie, en matière de carcinologie. Autant le faire bien et d'emblée.

CHAPITRE VI

Les difficultés de la lutte anticancéreuse dans l'Armée

Nous avons choisi, parmi les observations de tumeurs de l'Hôpital Maillot, un exemple qui, pour lamentable qu'il soit, n'en est pas moins chose courante en carcinologie. En voici le résumé :

« Madame G... M..., 36 ans, demeurant à C..., présente, en 1947, des émissions de selles sanglantes qui l'amènent à consulter. Le médecin diagnostique "amibiase" et, sans pousser plus loin l'enquête, ordonne un traitement à l'Emetine et au Stovarsol. Au bout de 3 mois, aucune amélioration n'étant constatée, Madame G... consulte un "spécialiste des Hémorroïdes" (ce sont ses propres termes) qui pratique des injections sclérosantes. Au bout d'un an, les émissions sanglantes continuent. L'état général est mauvais. La malade consulte à l'Hôpital Maillot où, pour la première fois, on pratique un Toucher Rectal qui révèle une tumeur du rectum. La biopsie dit : "Epithélioma glandulaire avec nombreux points de nécrose". La patiente présente déjà des phénomènes occlusifs. Une laparatomie montre que les lésions sont au-delà de toute ressource chirurgicale. Un anus iliaque définitif gauche est pratiqué. »

Une telle observation est chose commune, nous l'avons dit, et nous aurions pu en citer des centaines.

Ainsi, obstacle majeur à tout traitement correct du cancer : le malade est vu au centre trop tard, au moment où la tumeur est devenue incurable. Et ce sont des thérapeutiques de misère qui, seules, peuvent être mises en œuvre.

Deux chiffres nous ont été fournis par le Centre du Val-de-Grâce :

En 1948, 133 nouveaux cancers sont diagnostiqués. 66 sont curables, soit 49,5 %.

En 1949, 136 nouveaux cancers sont diagnostiqués. 75 sont curables, soit 55 %.

Ainsi, l'incurabilité, au départ, représente environ la moitié des cas. Certes, il y a eu, en un an, un gain de 5 %. Mais cela est évidemment insuffisant.

Les causes de ces diagnostics tardifs sont nombreuses. Elles tiennent au malade, et aussi au médecin.

- Le malade est insouciant... ou sceptique. Ou il ne connait pas le cancer, ou il le connait mal et en a peur. Sa négligence l'amène à consulter trop tard, et son scepticisme à attendre la mort dans sa famille, quand on a prononcé le mot fatal.

Mais le malade n'est pas le seul responsable. Et il faut reconnaître, en toute franchise, que le médecin porte parfois la responsabilité du retard irrémédiable.

Un fait est certain : on ne pense pas au cancer comme on pense à la tuberculose ou à la syphilis. On pratiquera volontiers des radiographies pulmonaires, ou des sérologies en série, mais on ne pense pas toujours à faire la biopsie indispensable.

Autre fait de constatation courante : des malades sont traités de façon erronée, avec des moyens insuffisants.

A côté du diagnostic tardif, se trouve une autre difficulté, aussi grave d'ailleurs : la postcure n'est pas toujours comprise par le malade. Après l'amélioration, après la guérison apparente, le malade disparait et n'estime plus nécessaire de suivre les consultations périodiques qui lui sont conseillées. Nous avons été dans l'impossibilité de retrouver, à Alger, les traces de nombreux malades. Et c'est pour cette seule raison que nous n'avons pas pu établir une statistique de mortalité.

Et si l'on considère que l'Armée, malgré les mutations fréquentes, est bien placée pour suivre ses malades, comment ne pas être effrayé des difficultés que l'on rencontrera dans le civil ?

En somme, le cancer est mal traité, parce que vu trop tard. Et il est vu trop tard parce que mal connu du public, et mal connu aussi de nombreux médecins.

Quels sont donc les remèdes que l'on peut apporter à ce mal ? Qu'a fait l'Armée dans ce but ? Que reste-t-il à faire ?

CHAPITRE VII

Comment améliorer la lutte anticancéreuse dans l'Armée Ce qui a été fait - Ce qu'il reste à faire

L'Armée a fait un gros effort dans le domaine de la lutte anticancéreuse. Nous avons vu comment, après quelques essais, le Service de Santé a conçu et organisé cette lutte. Nous en connaissons maintenant les premiers résultats.

L'organisation militaire est à peu près parfaite. Des Centres puissants et assez nombreux sont répartis sur tout le territoire métropolitain et l'Afrique du Nord. Un personnel d'élite s'attache à améliorer chaque jour le rendement de ces centres. Une collaboration très poussée, avec les spécialistes civils, permet, dans chaque centre régional, le diagnostic et le traitement des cancers les plus redoutables.

Nous avons vu le rôle éminent que joue le "premier médecin". Ce rôle, pour être parfaitement rempli, exige une formation carcinologique de base. L'Armée l'a compris, puisque les jeunes médecins militaires suivent, maintenant, des cours de cancérologie au Val-de-Grâce.

Ainsi se trouve comblée une lacune importante de l'enseignement médical. Et il est à souhaiter que toutes les Facultés organisent, de la sorte, des cours spécialisés sur le cancer, destinés aux étudiants en fin de scolarité.

L'Armée a compris aussi le rôle important de l'Assistante sociale. Et si nous avons eu encore des difficultés à suivre les malades en post cure, ceci est imputable non à la valeur de nos assistantes, mais à leur trop petit nombre. Or, la tenue des fichiers, la recher-

che des malades, sont fondamentales si l'on veut maintenir longtemps les guérisons obtenues.

Mais il reste une arme encore trop peu utilisée, dont on a méconnu l'importance. Cette arme, c'est la propagande. On ne pourra jamais obtenir de résultats appréciables, tant que le grand public n'aura pas la conviction à la fois du danger, mais aussi de la curabilité du cancer.

La S.N.C.F. a compris cette nécessité. Et désormais le "train de propagande" fait au cancer la plus grande place.

Il est à souhaiter que l'Armée fasse aussi, et elle peut le faire, pour le cancer, une aussi importante campagne que celle de la tuberculose ou des maladies vénériennes. Bien plus, l'Armée a le moyen d'imposer à ses recrues des slogans, des conférences. Elle peut encore faire mieux.

Un moyen est de première importance dans le dépistage du cancer : c'est la visite périodique systématique. Ainsi, les moindres symptomes qui sont banaux pour le malade, peuvent être notés par le médecin averti, qui pourra pousser plus loin l'enquête. Ainsi, les cancers pourront être dépistés alors qu'ils sont encore au stade local, si propice à un traitement fructueux.

Ces visites systématiques, pour donner un résultat, doivent être complètes. Rien ne peut être négligé, quand l'on sait l'importance de petits signes minimes qui, telle la disparition de la sensibilité sur un point de la surface testiculaire, peuvent faire découvrir au début un cancer dangereux.

Et l'Armée peut imposer à tous ses membres ces visites périodiques. Elles se font d'ailleurs déjà, durant la "durée légale". Il suffit de les poursuivre durant toute la vie de l'individu.

Propagandes, visites systématiques, moyens diagnostics et thérapeutiques accrus, voilà quelles sont les armes essentielles de la lutte anticancéreuse.

Conclusions

Le cancer constitue un danger permanent que nul ne peut ignorer. La lutte anticancéreuse revêt une importance considérable de nos jours et l'Armée a tenu à apporter sa part dans ce combat.

L'organisation de la lutte anticancéreuse dans l'Armée constitue sans aucun doute un modèle dont on peut s'inspirer en matière de lutte anticancéreuse dans le civil. La répartition des divers centres régionaux, bien équipés à tous points de vue, permet de chasser et de vaincre le mal partout où il se trouve. Le Centre National, grâce à son remarquable équipement, grâce surtout au voisinage du Centre Anticancéreux de Villejuif, peut effectuer, sur le cancer, un important travail d'ensemble, tout en traitant les cas les plus difficiles que l'on peut observer.

Par des statistiques, basées sur la fréquence des divers cancers suivant l'âge, le Service de Santé a pu insister :

1°) Sur l'importance du cancer du jeune. Aucune localisation de ce mal n'est épargnée à l'homme, à partir de 20 ans.

2°) Sur la fréquence, connue déjà, des cancers génitaux et osseux, mais peu connue des cancers respiratoires, pour lesquels "l'âge critique" est 35 ans.

Nous avons pu montrer aussi que le cancer chez le Musulman est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admet généralement. Nous avons vérifié aussi que l'indice de sarcomatisation subit une importante augmentation dans nos pays.

Nous avons noté que si l'afflux de jeunes hommes donne à la carcinologie militaire un aspect original, le milieu militaire n'en constitue pas moins une collectivité en tous points comparable aux autres collectivités civiles. Et d'ailleurs nous avons vu que tous les cancers, sans exception, se voient dans l'Armée. C'est pourquoi nos médecins peuvent participer aux recherches qui essaient d'éclairer l'énigme du cancer, et le Centre Régional d'Alger nous en a donné la preuve à propos de la Carcinologie Nord-Africaine.

Mais la lutte contre le cancer dans l'Armée trouve devant elle les mêmes obstacles que l'on peut rencontrer dans le civil : le diagnostic tardif supporte la plus grande responsabilité dans nos échecs. Voilà pourquoi les chefs du Service de Santé s'attachent tout particulièrement à l'Education Carcinologique du médecin. Et il est souhaitable que soient rendues obligatoires, et durant toute la vie, les visites de dépistage périodiques. Il est nécessaire aussi que la propagande, toujours plus intense, fasse mieux connaître, donc moins craindre, le cancer.

Malgré toutes ces difficultés, le Service de Santé n'a pas hésité à se lancer dans cette lutte contre le cancer. Il a mis dans ce combat tous ses moyens, et ils sont grands. Nul doute que l'Armée remportera contre le cancer les succès qu'elle a déjà remportés contre tant de maladies contagieuses.

Bibliographie

— **Archives de Médecine Sociale.** — Tome I. - N° 1. - Avril 1945.
« Etat actuel de la Lutte contre le Cancer en France ». R. HUGUENIN.

— **Bulletin International des Services de Santé Militaires**
N° 6. - Juin 1947. - (Article du Pr HUGUENIN).

— **Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve**
N° 1. - Février 1950. - (Article du Pr HUGUENIN).

— **Le Cancer en Afrique du Nord Française**
J.M. MONTPELLIER et J. MUSSINI-MONTPELLIER.

— **Quelques Vérités premières (ou soi-disant telles) sur le Cancer** (Masson).
R. HUGUENIN.

— **Bulletin Algérien de Carcinologie**
N° 1, 2, 3, 4, 5 et 6.

— **Autour du Problème du Cancer** (Ferraris), 2 tomes J. M. MONTPELLIER.

— **La Lutte contre le Cancer** (Berger-Levrault) S. LABORDE.

— **Le Cancer en France d'Outre-Mer. - Considérations pathogéniques** (Ferraris)
J. M. MONTPELLIER et J. MONTPELLIER.

— **Précis de Cancérologie** DUCUING.

— **Comment dépister le Cancer** DE NABIAS.

Table des Matières

Pages

— **Introduction** 19

— **Chapitre I.**
Le Problème du Cancer en général 21

— **Chapitre II.**
Le Milieu militaire et le Cancer 25

— **Chapitre III.**
Organisation de la Lutte anticancéreuse dans l'Armée 29

— **Chapitre IV.**
Comment fonctionnent :
A) Le Centre National du Val-de-Grâce 35
B) Le Centre Régional d'Alger 37

— **Chapitre V.**
Les Résultats :
1° Du Centre de l'Hôpital Béjin 41
2° Du Centre National du Val-de-Grâce 45
3° Du Centre Régional d'Alger 56

— **Chapitre VI.**
Les difficultés rencontrées dans la Lutte anticancéreuse dans l'Armée 63

— **Chapitre VII.**
Comment améliorer les résultats de la Lutte anticancéreuse dans l'Armée. - Ce qui a été fait. - Ce qu'il reste à faire 65

— **Conclusions** 69

— **Bibliographie** 71

Vu : le Président de Thèse,

MONTPELLIER.

Vu : Le Doyen,

SARROUY.

Vu et permis d'imprimer,

Alger, le 10 Novembre 1950,

Le Recteur,

GAU.

Imprimerie F. ZARAGOZI, Blida
3, Rue Pélissier et 8, Rue d'Alger
— Téléph. : 23-34 — 22-44 —